



COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
 ZUNAME UND NAME DES BETREUTEN (ODER INITIALIEN WENN VOM GESETZ VORGESCHRIEBEN)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
 ADRESSE (WENN VOM GESETZ VORGESCHRIEBEN)

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 STAATLICHER GESUNDHEITSDIENST
 PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO
 AUTONOME PROVINZ BOZEN**

[N] NON VERBIF. / NICHT VERBIF. **[R]** (Vedi avvertenze sul retro) / (Siehe Hinweise auf dem Rückblatt)
 CODICE ESERIZIONE / BEFREUNGSKODE **[R]** FIRMA AUTENTICANTE / UNTERSCHRIFT ZUR EGENTÜMLICHUNG

CODICE FISCALE / STEUERNUMMER
 SIGLA PROVINCIA / PROVINZKÜRZELN CODICE ASL / KODE SB

[S] SUGG. EMPIF. **[H]** RICOV. ENLIEF. **[U]** PRIORITA DELLA PRESTAZIONE / DRINGENDHEIT DER LEISTUNG
[B] **[D]** **[P]** ALTRI ADESSERES

NOTA CUP / FUSSNOTE
 MODA CUP / MODUS

PRESCRIZIONE / VERSCHREIBUNG

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI / ANZAHL PACKUNGEN / LEISTUNGEN
 CODICE / KODE

PO DI RICETTA / ART DES REZEPTESS
 CODICE / KODE

DATA / DATUM

NUMERO PROGRESSIVO / FORTLAUFENDE NUMMER
 IMPORTI / BETRÄGE

TICKET

CALEN. DIV. CHIAM. ALTRO REZEPZIONISS / KALENDER FÜR ANRUFEN ANDERES

ESCRITTA